**ModÈle
À adapter**

DÉPARTEMENT DU MORBIHAN

ARRONDISSEMENT DE ……………………………….

COLLECTIVITÉ OU ÉTABLISSEMENT PUBLIC TERRITORIAL…………………

Arrêté de mise en congé de maladie ordinaire à plein traitement d’un agent contractuel employé de manière discontinue

Le Maire **OU** Le Président ;

Vu le Code de la Sécurité Sociale ;

VU le décret n° 88-145 du 15 février 1988 modifié relatif aux agents contractuels de la fonction publique territoriale, et notamment ses articles 7 et 28 ;

VU le certificat médical présenté par M…………………………………………… ;

CONSIDÉRANT qu'au cours d'une période comprenant 300 jours de services effectifs, M *(nom-prénom)* …………………… ……………….………………….. n'a eu aucune interruption de travail ;

**OU**

CONSIDÉRANT qu'au cours d'une période comprenant 300 jours de services effectifs précédant le premier jour du nouveau congé, M………………………………………………… a déjà bénéficié de ………….. jours d'arrêt de travail, à savoir :

- du………………… au…………………….. : ……. jours rémunérés à (*plein ou demi-traitement),*

- du………………… au…………………….. : ……. jours rémunérés à (*plein ou demi-traitement),*

CONSIDÉRANT que l'intéressé*(e)* totalise *(4 mois* ***OU*** *2 ans* ***OU*** *3 ans)* …………….. de services depuis sa date d'entrée dans la fonction publique territoriale le ………………………………. *(tenir compte des périodes d'interruption de contrat) ;*

# A R R Ê T E

***ARTICLE 1er :*** M  *(nom-prénom-grade)* ………………………………………………………………, agent contractuel, est placé*(e)* en congé de maladie ordinaire du ………………………….. au ………………………. *(inclus)* pour une durée de …………… jours.

***ARTICLE 2 :*** Pendant ce congé, M………………………………………………….. percevra la totalité de son traitement du…………………………. au …………………………

Une journée de carence sera appliquée le……..…….. en application de l’article 115 de la Loi de finances n°2017-1837 du 30 décembre 2017 *(Le cas échéant, sauf exceptions article 115 notamment prolongation du congé)*. Si l’arrêt est en rapport avec une affection longue durée une seule journée de carence sera appliquée par période de 3 ans.

***ARTICLE 3 :*** Le présent arrêté sera notifié à l’intéressé(e).

Ampliation sera adressée au :

* Comptable de la collectivité *(ou de l'établissement)*.

Fait à ………………….., le …………………….,

Le Maire **OU** Le Président

*(porter les prénom et nom de l'autorité territoriale)*

Le Maire **OU** Le Président

- certifie sous sa responsabilité le caractère exécutoire de cet acte,

- informe que le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rennes dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Notifié le …………………………….,

Signature de l'agent